

様式第1号 (第5条関係)

施設型給付費・地域型保育給付費等支給認定申請書 兼 保育所等入所申請書

年 月 日

(宛名) 伊達市長

保護者氏名 _____ 印

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費等にかかる支給認定 保育所等の入所 を申請します。

申請に係る小学校就学前子ども	(ふりがな) 氏名 個人番号	生年月日	性別	障害者手帳の有無 有・無
		年 月 日	男・女	食物アレルギーの有無 有・無 (状況)
保護者	住所(方書) 伊達市			
	固定電話	携帯(母)	携帯(父)	
	前年1月1日の住所	伊達市・伊達市以外()		
認定証番号	※既に支給認定を受けている場合のみ記入してください。			
利用を希望する期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
必要な曜日・時間	月・火・水・木・金・土			
	時間 時 分 ~ 時 分			
保育の希望の有無	有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む。)			
	無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等との併願の場合を除く。)			

- ・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ。)
- ・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。
- ・「有」を○で囲んだ場合は①~⑤に、「無」を○で囲んだ場合は①、③~⑤に必要事項を記入してください。

①世帯の状況 ※別居の場合でも生計を一にしている場合は記入してください。

区分	(ふりがな) 氏名 個人番号	子ども との 続柄	生年月日	性別	勤務先・通学先	前年度分(当年度分)市町村民税課税の有無	備考 (同・別居等)
子どもの世帯員			T・S・H 年 月 日	男・女		有・無	
			T・S・H 年 月 日	男・女		有・無	
			T・S・H 年 月 日	男・女		有・無	
			T・S・H 年 月 日	男・女		有・無	
			T・S・H 年 月 日	男・女		有・無	
			T・S・H 年 月 日	男・女		有・無	
			T・S・H 年 月 日	男・女		有・無	
			T・S・H 年 月 日	男・女		有・無	
家庭の状況		<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 (<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 死別) <input type="checkbox"/> 障がい者がいる世帯 (<input type="checkbox"/> 児童本人 <input type="checkbox"/> 児童以外)					
生活保護の適用		適用なし・適用あり(年 月 日生活保護開始)					

(裏面)

②保育の利用を必要とする理由等

保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入してください。

母親の状況					
働いている場合	就労種別	<input type="checkbox"/> 家庭外労働		就学中の場合	学校名
		<input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者			就学の目的
		<input type="checkbox"/> 内職			期間
	疾病・障害等の場合	手帳交付(有・無)	年 月 日まで		
		妊娠有無(申請時点)	無・有(予定日: 年 月 日)		
その他	<input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休継続利用				
祖父母	祖父 . . . 生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) <input type="checkbox"/> 不在 祖母 . . . 生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) <input type="checkbox"/> 不在				
父親の状況					
働いている場合	就労種別	<input type="checkbox"/> 家庭外労働		就学中の場合	学校名
		<input type="checkbox"/> 自営 ⇒ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 中心者 <input type="checkbox"/> 自宅以外 <input type="checkbox"/> 協力者			就学の目的
		<input type="checkbox"/> 内職			期間
	疾病・障害等の場合	手帳交付(有・無)	年 月 日まで		
		妊娠有無(申請時点)	無・有(予定日: 年 月 日)		
その他	<input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 虐待・DV <input type="checkbox"/> 育休継続利用				
祖父母	祖父 . . . 生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) <input type="checkbox"/> 不在 祖母 . . . 生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所) <input type="checkbox"/> 不在				

③入所を希望する施設(事業者)名

第1希望	(希望理由)
第2希望	(希望理由)
第3希望	(希望理由)

上記の希望施設に入所できない場合は、他の施設の入所を(希望します。・希望しません。)

④支給認定証の交付

支給認定証の交付を申請します。

⑤税情報等の提供に当たっての署名欄

市が施設型給付費・地域型保育給付費等の支給認定に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む。)及び世帯情報を閲覧すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名

㊞

(記入はここまで)

市記載欄

受付年月日	認可の可否	認定証番号	認定区分等
	可・否 年 月 日認定		<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号 (<input type="checkbox"/> 標準 <input type="checkbox"/> 短時間)
	否とする理由		
入所期間	入所施設名	保育料	備考欄
自 年 月 日			
至 年 月 日			